| | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS | FECHA: 30/11/2019 |
|---|---|---|
| | UNIDAD DE CUENTAS MEDICAS Y FACTURACION | |

**CUENTA DE COBRO MES : NOVIEMBRE DE 2019**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AREÁ Y/O SERVICIO: Unidad de Cuentas Medicas y Facturacion** | | | | | **UNIDAD: HOSPITAL MILITAR CENTRAL** | | |
| **No. DE CONTRATO: 955/2018** | **Actividades Ejecutadas** | **Día** | **Mes** | **Año** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| **DOCUMENTD: 51,863,741** | | 1 | 11 | 2019 | 30 | 11 | 2019 |

**NOMBRE DEL CONTRATISTA: AURA MARIA GUEVARA RODRIGUEZ**

**OBJETO DEL CONTRATO: REVISOR DE CUENTAS MEDICAS**

**AREA DE SERVICIO: FACTURACIÓN**

## ACTIVIDADES REALIZADAS

| | |
|---|---|
| 1 | Realizar actividades de seguimiento y revisión a las cuentas médicas sobre procesos administrativos prioritarios para garantizar la calidad tecnica |
| 2 | Participacion activa en los procesos de facturacion y seguimiento técnico para el mejoramiento continuo del área |
| 3 | Realizar seguimiento a la base de datos que contiene la asignacion de ingresos y egresos por cada facturador de acuerdo a las cuentas asignadas por la jefatura de la Unidad |
| 4 | Desarrollar acciones para articular los procesos y procedimientos de la Unidad y trabajr en equipo con el Auditor, facturador, organizadores y analistas lo relacionado con la facturacion del área asignada |
| 5 | Realizar actividades pre revisoria administrativa a las cuentas medicas sobre procesos prioritarios para garantizar la calidad de la facturación, dicha revisoria se realiza dentro de los parametros que establezca la de la Unidad de cuetas medicas, teniendo en cuenta el convenio de la DGSM y sus anexos. |
| 6 | Realizar seguimiento a los ajustes revisados a la revisoria de cuentas y generar las acciones de mejora en conjunto con el facturador que corresponda |
| 7 | Realizar seguimiento permanente al proceso de facturacion del área asignada y concertar con el responsable directo, los ajustes necesarios |
| 8 | Realizar informes del área asignada verificando la confiabilidad de los datos |
| 9 | Cumplir con el diligenciamiento, y seguimiento a planillas de novedades y control del area asignada de facturación |
| 10 | Realizar el seguimiento semanal a metas de cumplimiento de productividad del area asignada en el proceso de facturación, cuentas medicas y glosas |
| 11 | Soportar y registrar la respuesta de las objeciones presentadas a la facturación en el sistema de informaciónimplementando mecanismos de control para la disminución de las mismas |
| 12 | Socializar y capacitar a los involucrados en el proceso de facturación según las necesidades |
| 13 | Soporte, organización, revision, cargue y facturacion de cuentas. |
| 14 | Y las demas inherentes al cargo |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2.450.000 DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE**

**OBSERVACIONES:**

OPS: AURA MARIA GUEVARA RODRIGUEZ
C.C 51,863,741

Aprobó. Doctora. Marta Eddy Ariza Mateus
Jefe Unidad de Seguridad y Defensa
Unidad cuentas Hospitalarias y Facturacion

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 51863741 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | AURA MARIA GUEVARA RODRIGUEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 71 NO 7A-22 BRR MARSELLA | TELÉFONO: | 2222222 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Personas Naturales sin Actividad |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **5155901228** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | octubre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | octubre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2019 | SALUD: | AÑO: | 2019 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2019/10/09 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 0332917961 |

### LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 156.800 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 156.800** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 830003564 | EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | $ 122.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 122.500** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 19.600 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 19.600** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800226175 | 14-25 | 14-25-COLMENA | 1 | $ 23.900 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 23.900** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 322.800** |